Lane Medical Library

Aus der Universitätsfrauenklinik München
Vorstand: Professor Dr. WEBER

Grobe Verletzungen durch lagekorrigierende Pessare.

(Beschreibung eines einschlägigen Falles.)

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde

in der gesamten Medizin

verfaßt und

einer hohen medizinischen Fakultät der

Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

FRANZ RINECKER

München 1926

In der neueren Zeit wurde die Pessarbehandlung durch die Verbesserung der operativen Technik von allen Seiten eingeschränkt. Ganz verdrängt sind die Pessare noch nicht. Ist doch der Landarzt in vielen Fällen auf sie angewiesen und müssen sie, falls die Operation verweigert wird, diese ersetzen. Dazu verkaufen die Instrumentenmacher noch genug Pessare und darunter auch die berüchtigten Formen, wie das Zwanck-Schilling-Pessar. So ist es wohl angebracht wieder einmal die Gefahren solcher scheinbar unschuldigen Dinger zu beleuchten.

Die Geschichte der Verletzungen durch Pessare ist sicherlich so alt, als die Pessarbehandlung selbst. Die Häufigkeit der Schädigungen ist wohl größer als die Zahl der veröffentlichten Fälle was ja naturgemäß ist. Dafür spricht auch, daß die Veröffentlichungen in der Literatur sich nicht zu einer Zeit häufen, in der die Pessarbehandlung ihren Höhepunkt feiert, sondern erst viel später, als schon der Sturmlauf gegen sie beginnt.

Meist werden die Verletzungen durch Pessare hervorgerufen, welche durch ihre Größe zu Drucknecrose führen. Andere reizen und verletzen das eng anliegende Gewebe durch scharfe Kanten, Ecken und Schrauben, wie z. B. das Zwanck-Schilling'sche Flügelpessar. Auch Aussparungen und Löcher in den Pessarien können einem aufgelockerten Gewebe Durchtritt gestatten und weiterhin zu Stauung und Oedem führen. Das Gewebe reizendes Material bedingt ebenfalls Schädigung. Nicht zu vergessen sind Brüche des Pessars, welche zu den gröbsten Verletzungen führen können. Auch sonst richtig liegende und dimmensionierte Pessare folgern durch Unreinlichkeit und chronische, leichte Reize, welche bei jahrelangem Liegen sich summieren, Entzündungen und Usuren.

Endlich ist noch der Schrumpfung der Scheide im höheren Alter zu gedenken, wodurch das vergessene Pessar eingemauert wird und so Folgen nach sich zieht, wie sie durch ein zu großes Pessar bedingt sind.

Die Schädigungen können zu Entzündung mit folgendem Catarrh, zu Granulationswucherungen, zur Necrose der Schleimhaut und zum Durchbruch in's Nachbargewebe rsp. in Nachbarorgane führen. Diese Fisteln bezeichnet man je nach den beteiligten Organen als Scheiden-blase-, Scheiden-rektum-, Scheiden-Darm- und Scheidenureterfisteln.

Die meisten Pessarverletzungen führen nur zu leichten Schädigungen, wie Kolpitis und kleineren Decubitalgeschwüren, da die hervorgerufenen Beschwerden die Mehrzahl der Frauen zum Arzte führen.

So konnte Gudrun einen Fall beobachten, bei welchem ein mit Hanf umwickeltes Holzpessar ein kleines Decubitalgeschwür der hinteren Scheidenwand erzeugt hatte. Es bestanden starke Beschwerden und jauchiger Ausfluß. Erstaunlich erscheint die Zeit, welche der Prozeß brauchte um zu dieser relativ leichten Schädigung zu führen: 35 Jahre. Curios ist auch, daß das Pessar dazu nicht im Verlaufe einer Schwangerschaft und der folgenden Geburt entfernt wurde.

Durch die Größe, wie durch das Material des Pessars, einem Gummiring, wurde bei einer Frau ein Druckgeschwür und Kolpitis hervorgerufen.(Hartmann).

Bei einer 75 Jahre alten Frau bestand chronischer Scheidenkatarrh. Es gelang Sharpe nach einiger Mühe ein Hartgummi-Hodepessar, das 35 Jahre gelegen hatte, zu entfernen. Das Pessar war überall von Vaginalgewebe umwuchert. Dieses feste narbige Gewebe war an der Symphyse vollkommen adhaerent.

Marshall entfernte bei einer alten Frau ein 15 Jahre lang gelegenes Pessar, welches an der vorderen und hinteren Scheidenwand von Granulationen umwuchert war. In diesem Falle führte die Altersrückbildung der Scheide zu dieser Schädigung.

Wie bereits gesagt, können Oeffnungen im Pessar aufgelockertes Gewebe durchtreten lassen. Einen derartigen Fall beschreibt J. Heymann. Die Portio eines im 4. Monat graviden Uterus war durch die zentrale Oeffnung eines Hartgummirings getreten. Der äußere und innere Durchmesser des Ringes betrug 6,5 rsp. 3,5 cm. Die Frau hatte nach dem Heben einer schweren Last plötzlich Unterleibsschmerzen bekommen. Die durchgetretene Portio war ödematös und cyanotisch. Durch kräftige Kompression der Portio konnte sie verkleinert und durchgedrückt werden. Nach der Entfernung des Rings verlief die Schwangerschaft ohne Besonderheiten.

Einen ähnlichen Fall beschrieb Oldag. Er entfernte bei einer 33 jährigen Frau ein Siebschalenpessar, das von einem Kurpfuscher eingelegt worden war. Die convexe Seite des Pessars sah nach oben. Durch das mittlere Loch war die Portio getreten und ödematös geschwollen. Sie hatte eine Pilzform bekommen. Ringsherum hatte der innere Rand des Pessars tief eingeschnitten. Die Größe desselben ist leider nicht angegeben.

Desgleichen behandelte Vogt eine Frau, bei welcher wegen Vorfall ein Schalenpessar eingelegt worden war. Der Ring wurde 14 tägig entfernt und gereinigt. Beim letzten Ringwechsel machte die Reposition Schwierigkeiten. Nach Verlauf weiterer 2 Wochen litt Patientin an dauerndem Stuhlabgang, Schmerzen und serösem Ausflusse. Das Pessar lag dicht hinter dem Introitus vaginae. Das mittlere Loch war durch einen hühnereigroßen, mit schmierigem Belag versehenen Tumor bedeckt. An der Strangulationsfurche war das Gewebe brüchig und schwärzlich verfärbt. Nach Entfernung des Rings trat Abschwellung und glatte Heilung ein.

Calmann berichtet kurz über einen Fall, bei welchem die Portio in die zentrale Oeffnung eines Schalenpessars eingedrängt und incarceriert war.

Die gleichzeitige Einschließung der vorderen und hinteren Muttermundslippe eines graviden Uterus sah Labhardt. Das Schalenpessar war umgekehrt eingelegt worden. Die vordere Lippe war vollkommen durch die zentrale Oeffnung getreten, die hintere in drei Portionen durch die kleinen peripheren Löcher. Ein ähnlich merkwürdiger Fall dieser Art wurde sonst nicht beobachtet.

2 mal sah auch Protowik Portioeinscließung.

Unter den schweren Verletzungen stehen die Blasenverletzungen an erster Stelle. Die Symptome dieser Fisteln sind eindeutig. Differentialdiagnostisch kommt höchstens eine Ureterfistel rsp. eine hochsitzende Urethraverletzung, welche den Schließmuskel der Blase mitbeschädigt hat, in Betracht. In der Literatur findet man diese Art der Schädigung durch Pessare am häufigsten beschrieben neben den Rektumscheidenfisteln.

Rübsamen berichtet über eine Blasenverletzung durch Splitterung eines in der Scheide zerbrochenen Hohlglassilikatpessars. Die Splitterung enstand anscheinend durch Anstoß mit dem Spülrohr. Ueber Größe und Art der Fistel wird nicht berichtet. Der Defekt heilte ohne Operation und ohne wesentlichen Schaden.

Eine Patientin, welche seit 40 Jahren an Prolaps litt und eigenmächtig ein Pessar eingelegt hatte, behandelte Polloscon. Die Druckstelle hatte zur Blasenfistel geführt. Die Vagina glich einer großen, eitrigen Höhle, voller Narben und Granulationen. Das halbe Pessar war in der Blase gelegen. Das Allgemeinbefinden war trotzdem relativ gut. Die Heilung wurde durch Operation erreicht, welche trotz dem hohen Alter der Patientin — 80 Jahre — vorgenommen wurde.

Durch Einlegen eines Dauerkatheters heilte Liepmann eine Blasenscheidenfistel bei einer Frau, welche Im Alter von 85 Jahren stand und 18 Jahre lang einen Flügelpessar getragen hatte.

Seeligmann zeigte in der geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg einen Kupferdraht als Rest eines Schultze-Pessars in Hodge-Form. Der hintere Bügel des Pessars hatte sich vor die Potio verlagert. Die Schleimhaut war arrodiert, das Pessar lag in der Blase.

Einen anderen Fall von Blasenscheidenfistel, welchen wiederum ein so gefährliches Zwanck-Schilling-Pessar hervorgerufen hatte, konnte Brosin beobachten.

Eine Blasenscheidenfistel, welche mit einer Gebärmutterscheidenfistel combiniert war, sah Maiß. Die Patientin hatte 15 Jahre lang ununterbrochen einen Mayer-Ring getragen. Nur in den letzten 3 Wochen litt sie an Harnträufeln. Der Ring lag unbeweglich und inkrustiert im Introitus vaginae. Nach der Entfernung des Ringes zeigte sich eine, für einen Finger bequem durchgängige Gebärmutterblasenscheidenfistel.

Ebenso häufig und gefahrdrohend wie die Blasenscheidenfisteln sind die Rektumscheidenfisteln. Die Symptome sind gleichfalls eindeutig. Differentialdiagnostisch kommt hier nur die Darmscheidenfistel in Betracht. Palpation und Qualität des Inhaltes treffen die Entscheidung. In der Literatur findet man diese Art der Verletzung so häufig vertreten wie die Blasenscheidenfisteln.

Wie verwischt das Bild in manchen Fällen werden kann, zeigt ein Fall, der durch Jauchung und Blutung zu der irrtümlichen Annahme elnes Carcinoms geführt hatte. Bis spontan bei der Defäkaktion ein Mayer-Ring abging. (Scholefield).

Die lange Zeit, welche ein Ring getragen wurde, imponiert in der Beobachtung Schwanns, der den Ring nach 27 Jahren entfernte.

Bröse beobachtete mehrmals Perforation des Septum rektovesicale. In einem Falle bestand ein fünfmarkstückgroßer Defekt der Scheidenmastdarmscheidenwand. Hervorgerufen war die Verletzung durch Bruch des Pessars.

In der gleichen Sitzung berichtet Orthmann über eine 57jährige Frau, bei der Vorfall und Kotabgang durch die Scheide bestand. Der Stiel des Pessars befand sich in der Scheide, die Schale im Rektum. Die Operation wurde verweigert. Durch Verengerung der Fistel erreichte Patientin einen erträglichen Zustand, indem sie den Stuhl wenigstens leidlich halten konnte.

In einem anderen Falle lag ein Zwanck-Schilling-Pessar 9 Jahre lang bis Fäces durch die Vagina abgingen. In der Gegend der Fossa navicularis fand Pfeiffer eine kleinfingergroße Oeffnung, durch welche die Scheide mit dem Rektum kommunicierte.

Gleichfalls ein Zwanck-Schilling-Pessar zeigte Jungengel in der fränkischen Gesellschaft. Dieses war 14 Jahre gelegen bis es zur Kotfistel führte.

Den kuriosesten Fall beschrieb Galaktyonow. Eine Frau hatte 10 Jahre lang einen Ring aus Eisendraht getragen In den letzten 4 Jahren traten Leibschmerzen auf, dazu Ekzem und Ausfluß aus einer Fistel in einer Weiche. Im Lumen der Fistel lag das eine Ende des durchgebrochenen Eisendrahtes. Das andere Ende war noch in der Vagina, aber in die Schleimhaut des Rektums eingegraben.

Auch von Pessarien, die in Carcinomgewebe eingebettet waren, wird berichtet. So beschreibt Leopold zwei Fälle, bei denen carcinomatöses Gewebe das jahrelang gelegene Pessar umwucherte.

Bei einer 75jährigen Frau, welche 30 Jahre lang ein Hode-Pessar mit Wachsüberzug getragen hatte, entfernte Osterloh den Ring mit der Rippenscheere. Die Scheide war in diesem Falle ebenfalls mit blutigjauchenden Granulationen erfüllt. Es bestand ausgedehntes Carcinom des Uterus und der Vagina.

Ich möchte hier die Beschreibung meines Falles anschließen und Herrn Oberarzt Dr. Saenger auch an dieser Stelle für die freundliche Ueberlassung desselben, meinen herzlichen Dank aussprechen.

T . . . Rosina 42 Jahre alt. Seit zwei Jahren litt Patientin an Prolaps. Damals wurde von ihrem Arzte ein Ring eingelegt mit der Weisung, bei Auftreten von Beschwerden sofort wieder zu kommen, auf jeden Fall aber alle drei Monate den Ring wechseln zu lassen. Die Frau kam aber nicht, obwohl ihr der Ring dauernd Beschwerden verursachte. Erst als sich im Laufe der Zeit der Stuhl durch die Scheide entleerte, suchte sie den Arzt auf, welcher sie in die Klinik einwies. Vorher war sie zum Gespräch ihres Heimatortes geworden und wurde von neugierigen Bauersfrauen auf dem Felde des öfteren gynaekologisch untersucht. Der Status war folgender: Die Vulva war sehr weit, der Damm niedrig. Die Vagina war zum Teil umgestülpt, namentlich die vordere Wand, das Scheidengewölbe wulstig, aber glatt. Bei Berührung keine Blutung. Direkt unterhalb des hinteren Scheidengewölbes bestand eine riesige quergestellte Rektumscheidenfistel. Breite circa 4—4,5 cm, Höhe 2,5 cm. Der Kot ging direkt in die Scheide. Am Uterus und an den Adnexen waren keinerlei Besonderheiten feststellbar. Bei der Operation stellte sich eine etwa kleinhandtellergroße, quergestellte, in der Mitte des hinteren Scheidengewölbes gelegene Fistelöffnung dar. Das Rektum ist stark narbig und fest mit der Vaginalschleimhaut verwachsen. Oberarzt Dr. Saenger löste die Narbenbezirke rings um die Fistel scharf aus und präparierte dann das Rektum frei. Nach Isolierung des letzteren, Knopfnahtversorgung des Rektums und Einstülpung durch darübergelegte Tabaksbeutelnaht, hierauf wurde die Vagina breit aneinandergelegt vernäht. Die Fistel heilte zu aller Ueberraschung völlig reaktionslos. Es bestand Kontinenz für Stuhl und Winde. Bei der Entlassung wurde der Patientin die Weisung mitgegeben sich zur Operation des Decensus wieder einzufinden. Nach 5 Wochen traf Patientin wieder ein und wurde operiert. Es bestand Scheidenprolaps und Cystocele. Die vordere Kolporraphie war durch eine breite derbe Ringnarbe erschwert. Der weiterere Status war folgender: große Cystocele,

völliges Fehlen der linken Adnexe, kleinste Stumpfnarbe am Tubenansatz, Fehlen der Appendix, narbige Verwachsung am Coecum, linke Niere ist vergrößert, der untere Pol zeigt cystenähnliche Auftreibung. Operationsbericht: Blasenraffung, kleinere hintere Plastik, Pfannenstiel. Sterilisation der rechten Tube nach Madlener, Exohysteropexie nach Kocher. Interessant ist noch, daß Patientin sich nicht erinnern kann, früher einmal Leibschmerzen oder sonstige Beschwerden gehabt zu haben. Glatte Heilung in 14 Tagen.

Es ist nicht meine Aufgabe über die Therapie der durch Pessare erzeugten Kolpitis zu schreiben. Ich will nur anknüpfen an den Operationsweg in meinem beschriebenen Falle. Der ausgezeichnete Erfolg dieser Operation könnte leicht den Glauben erwecken, daß eine derartige Operation leicht und immer erfolgreich ist. Ich will daher etwas näher auf die Wahl des Operationsweges eingehen und die Vorbereitung dazu kurz streifen. Die Indikation zum operativen Einschreiten ist bei den Blasenscheidenfisteln, der Rektumscheidenfisteln usw. wohl in jedem Falle und ohne weiteres gegeben, trotz der Schwierigkeiten, welche der Operation entgegenstehen. Ich denke dabei an das hohe Alter vieler Patienten, an die Größe und Ausdehnung der Fistel, das brüchige und gangraenöse Gewebe und die festen Narbenstränge, welche die Fistel mit der Umgebung fest verbacken. Der Zeitpunkt der Operation richtet sich nach den Begleitumständen. Auf jeden Fall sind vorher Harninkrustation, Ekcem, Furunkulose usw. gründlich zu beseitigen. Vor der Operation darf man nicht vergessen sich über die Harnröhre klar zu werden, da sie eventuell atretisch geworden sein könnte. Einen vorgeschriebenen Weg gibt es für diese Operationen nicht. Selten, daß mehr von der Geschicklichkeit des Operateurs und seiner Erfahrung abhängt, als gerade hier. Vorbedingung für die Operation ist die übersichtliche Freilegung des Defektes. Weiterhin folgt die Anfrischung der Fistel, um gute Wundverhältnisse für die Naht zu erreichen. Man kann auf verschiedenen Wegen vordringen, je

nach den Größenverhältnissen der Fistel, den Narbensträngen und sonstigen Komplikationen. Das Vorgehen ist vaginal, paravaginal, abdominal und kombiniert. Ist der Defekt klein, so kann man nach der alten Methode den Defekt durch einen Flach- oder Schrägschnitt, je nach der Wanddicke, umschneiden um eine genügende Anfrischung zu erreichen. Dabei wird der Defekt allerdings vergrößert. Narbengewebe und Epithel dürfen in Hinblick auf eine gute Heilung nicht stehen bleiben. Auch können gangraenöses Gewebe, Narbenstränge usw. die Ausführung verhindern. Fritsch, Saenger und v. Herff führten die Lappenplastik ein. Dabei dringt man wie bei der anatomischen Praeparation in dem Gewebe zwischen Blase und Scheide vor und bildet auf diese Weise Lappen. Man geht dazu von dem Fistelrand aus vor oder man umschneidet nach Füth in einiger Entfernung die Fistel und bildet die Lappen durch Vordringen gegen die Fistel. Die Größe der Lappen muß sich nach ihrer Verschieblichkeit und der Größe des Defektes richten. In der Folge werden die Lappen vernäht, zuerst jene der Blase und darüber die Scheidenlappen. Man wählt gewöhnlich Knopfnaht, knotet aber erst nach vollendeter Legung der Naht oder legt nach Gersung-Saenger eine Zirkulärnaht mit eventuell einer zweiten zirkulären Entspannungsnaht. Die Naht darf nicht zu straff sitzen um die Heilung nicht zu verzögern und um ein Durchschneiden zu verhindern. Als Nahtmaterial nimmt man, um die Inkrustation zu verhindern, Jodkatgut, bei Nähten, welche liegen bleiben, sonst Broncedraht oder Silkwormgut.

Für komplizierte Fälle, wie große Defekte, starke Narbenstränge, Unmöglichkeit der Einstellung von der Scheide aus, Mangel an dem nötigen Gewebsmaterial zur Deckung rsp. Unmöglichkeit der Mobilisation der Lappen, werden andere Methoden angewendet. Trendelenburg legt die Blase extraperitoneal frei und schneidet sie quer ein. Die Fistel wird nun trichterförmig umschnitten, eventuell die Ureteren längsgespaltet und die Fistelwunde vernäht. Trendelenburg legt des weiteren

drei Tamponstreifen, einen in die Blase und zwei in den praevesikalen Raum. Der Nachteil der Operation liegt in den häufigen Bauchbrüchen in der Folge. Abmeißelung der Ansatzstellen der Musculi rekti am Os pubis brachten keinen Erfolg. Ebensowenig wurden die Erfolge durch die Symphysiotomie gebessert, da bei diesem Wege doch zu wenig Raum geschaffen wird.

Bardenheuer geht gleichfalls suprasymphysär und extraperitoneal vor. Er dringt zwischen Uterus und Blase bis zur Fistel vor und bringt sie von hier aus zum Verschluß.

Die Methode Fritsch wählt den gleichen Weg, drängt jedoch die Blase durch Tampons nur herunter zur besseren Einstellung der Fistel in der Scheide.

Dittel macht die Laparotomie, trägt die Plica vesico uterina ab und dringt zur Fistel vor. Einwenden kann man in diesem Falle die eventuelle Infektion der Bauchhöle.

Schauta führte die paravaginale Methode ein. Er geht lateral der großen Schamlippe aus. Durch Ablösen des Fistelnarbengewebes subperiostal mittels Raspatorium erreicht er eine gute Mobilisation.

Trotz dieser vielen Wege gelingt es in manchen Fällen doch nicht genügend Material zur Deckung zu erhalten. Es wurden daher Lappen transplantiert, welche vom Vaginalepithel oder der Blasenschleimhaut gewonnen wurden.

Küster verwertet die Cervixwand zur plastischen Deckung. Er trennt die Cervix von der Blase ab, zieht den Uterus in toto herab und löst das vordere Scheidengewölbe durch einen Querschnitt ab. Des weiteren führt er den Schnitt um die Fistel herum fort. Die Blasenwand wird nun isoliert vernäht, sodann die Scheidenuterusanfrischung geschlossen. Folgend werden durchgreifende Suturen aus Broncedraht gelegt.

Nach Freund zieht man den Uterus durch das eröffnete hintere Scheidengewölbe und verwendet ihn zum Verschluß. Im Fundus wird zur Ableitung des Menstrualblutes ein Loch gelegt. Nach einem anderen Autor wird der Uterus durch das vordere Scheidengewölbe gestülpt.

Döderlein wendet bei starken narbigen Verziehungen und Verwachsungen die vaginale Totalextirpation an. Auf diese Weise wird die Blase ganz mobil, hierauf wird angefrischt und dann vernäht. Zur Deckung kann man auch das heruntergezogene Blasenperitoneum verwenden.

Als letztes Hilfsmittel kommt auch der Verschluß des Genitaltraktus in Betracht. Man soll nach Fritsch so hoch als möglich den Verschluß anlegen. Man macht dazu unterhalb der Fistel einen Zirculärschnitt und bildet die Lappen durch Unterminierung. Besser ist vielleicht die vollständige Entfernung der Scheide und der Verschluß der Vulva.

Die Dünndarmscheidenfisteln will ich nur ganz kurz streifen. Eine einfache wandständige Fistel kann von selbst schrumpfen und kleiner werden. Sonst läßt man nach Amann die Dünndarmschlinge ab, frischt die Ränder an und vernäht. Ebenso wird sodann die Scheidenfistel geschlossen. Sollten zwei Schenkel des Darmes in die Fistel münden, dann quetscht man den Sporn ab und stellt eine einfache Fistel her.

Die Ursache der Mastdarmscheidenfisteln ist ebenso meist ein Zwank-Schilling-Pessar. Differentialdiagnostisch hat man vor allem Dünndarmscheidenfisteln auszuschließen. Bei diesen Fisteln ist meist genügend Gewebe zur Mobilisation und Anfrischung vorhanden. Letztere wird durch Umschneidung oder Spaltung der Fistelränder erreicht, analog den oben angegebenen Methoden für Blasenscheidenfisteln. Schauta empfiehlt die hintere Kolporraphie, in welche die Anfrischung fallen soll. Pessarfisteln, welche mit Carcinom kombiniert sind, haben natürlich eine andere Therapie.

Am Schluße möchte ich noch auf die Ureterscheidenfisteln eingehen, da sie gleichfalls durch Pessarien erzeugt werden können. Dabei kann der Ureter nur einen seitlichen Defekt besitzen, oder in der ganzen Kontinuität unterbrochen sein. Pyelitis und weitere Komplikationen drohen besonders bei Knickung durch Verziehungen und bei Stauung durch Narben-

stränge. Die älteste Operationsmethode stammt von Bandl. Er führte von der Fistel aus einen Katheter in das Blasen- und das Nierenende des Ureters. Darüber frischte er das Loch an und nähte es. Da jedoch das vesicale Ende schwer zu finden ist, ist diese Methode in Vergessenheit geraten.

Schede legt eine Blasenscheidenfistel an. Dann vernäht er die Schleimhaut der Blase mit jener der Scheide. Ueber diese künstliche Blasenscheidenfistel und der Ureterscheidenfistel wird nun die Scheidenschleimhaut vernäht. Der Harn gelangt so vom Ureter durch das künstlich geschaffene Cavum in die Blase.

Dührssen spaltet die Ureterfistel von der Vagina aus und vernäht die Schleimhaut des Ureters mit jener der Blase, welche durch eine operativ geschaffene Fistel bloßgelegt wurde.

Mackenrodt geht im Princip ebenso vor, nur hat er die Art der Nahtführung verändert.

Witzel macht die Laparotomie, dringt superitoneal vor und verplanzt das renale Ende des Ureters in ein künstlich geschaffenes Loch der Blase.

Transperitoneal verschaffte sich derselbe Operateur, sowie Kramer Zugang zur Fistel.

Mackenrodt ging auch von einem Medianschnitt aus. Weiterhin schob er das Peritoneum bis zum Ureter hin ab. Er ging dann durch die Urethra mit der Kornzange in die Blase ein und stülpte den betreffenden Blasenteil vor. Es wird eingeschnitten und das Ureterende in die Blase gezogen. Es folgt die Naht. Weiterhin weiterhin wird das Gebiet mit Peritoneum gedeckt.

Als Notoperation kommt die Extirpation der Niere in Betracht.

Die wenigen Berichte aus der Literatur und der Hinweis auf die operativen Schwierigkeiten sollen, wie ich am Schluße hoffe, nochmals eindringlich auf die Gefahren der Pessare hinweisen und bei der Anwendung derselben an sie denken lassen. Allerdings kann ein richtig gewähltes und alle drei Monate gewechseltes Pessar kaum größeren Schaden anrichten.

Literatur

Brosin: Gynaek. Gesellsch. zu Dresden. Sitzung v. 9. 3. 97.
Bröse: Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzung v. 8. 12. 07.
Calmann: Geb. Gesellsch. Hamburg. Sitzung vom 16. 1. 06.
Döderlein-Krönig: Operat. Gynaek.
Gudrun: Med. Klinik 1917.
Galaktynow: Centralblatt f. Gyn. 1898.
Heymann: Centralblatt f. Gynaek. 1919.
Hegar-Kaltenbach: Operat. Gynaekol. Stuttgart 1897.
Hartmann: Centralblatt f. Gynaek. 1916.
Jungengel: Fränk. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. 27. 1. 04.
Küstner: Lehrbuch d.. Gynaek. Jena 1917.
Labhardt: Gynaek. Rundschau 1909.
Leopold: Bericht d. gynaek. Gesellsch. Dresden 19. 11. 08.
Marschall: Centralblatt f. Gynaek. 1905.
Maiss: Centralblatt f. Gynaek. 1899.
Menge-Opitz: Frauenheilkunde Wiesbaden 1913.
Liepmann: Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. Berlin 8. 11. 07.
Oldag: Deutsche med. Wochenschr. 1913.
Orthmann: Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin 8. 11, 07.
Osterloh: Bericht d. gyn. Ges. Dreden 19. 11. 08.
Prostowik: Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin 8. 11. 07.
Polloscon: Centralblatt f. Gynaek. 1912.
Pfeiffer: Centralblatt f. Gynaek. 1904.
Rübsamen: Münchner med. Wochenschrift 1922.
Sharpe: Centralblatt f. Gynaek. 1910.
Seeligmann: Geb. Ges. Hamburg. 18. 12. 00.
Scholefield: Gəb. Ges. Hamburg. 24. 1. 11.
Schwann: Bericht d. gyn. Ges. Dresden. 19. 11. 08.
Schröder: Lehrburch d. Gynaek. Leipzig 1926.
Vogt: Centralbl. f. Gynaek. 1912.

Für die liebenswürdige Ueberlassung des Themas, sowie für die Uebernahme des Referats erlaube ich mir an dieser Stelle Herrn Prof. Dr. Weber meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Außerdem möchte ich es nicht versäumen, Herrn Oberarzt Dr. Saenger meinen wärmsten Dank zu erstatten.

Feldkirchen b. München.

Franz Rinecker.

Lebenslauf.

Unterzeichneter wurde am 23. November 1901 in Feldkirchen b. Mü. als Sohn des prakt. Arztes Dr. Rinecker geboren. Ich besuchte die Realschule zu Rosenheim und die Oberrealschule in München. Hierauf studierte ich 10 Semester Medizin in München. Während der Ferien war ich in verschiedenen Privatkliniken tätig. Nach dem Staatsexamen war ich vier Monate in der inneren Abteilung der Poliklinik und 8 Monate am pathologischen Institut.

Franz Rinecker.